

**CREACIÓN DE GASTROENTEROANASTOMOSIS (GEA)
MEDIANTE CIRUGÍA ENDOSCÓPICA TRANSLUMINAL
POR ORÍFICIOS NATURALES (NOTES) EN UN MODELO
PORCINO: ESTUDIO PROSPECTIVO, COMPARATIVO
Y ALEATORIZADO DE DOS TÉCNICAS/PROTOTIPOS
DE ÚLTIMA GENERACIÓN**

E. Vázquez-Sequeiros^a, J.A. González Martín^a, D. Boixeda de Miquel^a, J.R. Foruny^a, M. García^b, D. Juzgado Lucas^b, M. Pérez-Miranda^c, A. Ortiz^d, C. Correa^d, J.M. Milicua Salamero^e

^aUnidad de Endoscopia, Servicio de Gastroenterología, Hospital Ramón y Cajal, Madrid

^bHospital Quirón Madrid

^cHospital Río Hortega Valladolid

^dUnidad de Experimentación Animal Hospital Ramón y Cajal

^eComité Experimental del Grupo Español de Protocolos en Endoscopia Digestiva (GEPED)

Antecedentes: El NOTES ha revolucionado la endoscopia y la cirugía en estos últimos años al permitir resecar vesículas o crear GEA sin cicatrices. La evidencia científica disponible en este campo es todavía limitada (no existen publicaciones al respecto en nuestro medio).

Objetivos: 1) Reproducir las técnicas NOTES de acceso transgástrico y peritoneoscopia; 2) Explorar la viabilidad de una GEA creada por la técnica de NOTES utilizando 2 prototipos de sutura endoscópica NOTES de última generación.

Métodos: Experimento de supervivencia diseñado para un total de 20 cerdos de 25 kg (premedicación con Cefuroxima 1,5 gr/ Metronidazol 500 mgr/Pantoprazol 40 mgr i.v.). Intervención realizada bajo anestesia por un equipo de endoscopistas con experiencia en terapéutica y conocimiento inicial de la técnica de NOTES (gastroscopio de doble canal). Se realizaba punción/needle-knife en cara anterior del cuerpo gástrico hasta acceder a la cavidad peritoneal, se dilataba el trayecto creado con balón de dilatación 16-18 mm sobre guía, se realizaba peritoneoscopia (identificación hígado/bazo/colon/asas intestinales), se invaginaba un segmento yeyunal hasta el interior del estómago con un asa de polipectomía y se suturaba a la pared gástrica mediante la colocación de 8 suturas del Prototipo A (Brace Bars Olympus[®]) o Prototipo B (T-tags Cook[®]). La elección de un tipo de sutura u otro se realizaba de forma aleatoria. Por último, se realizaba una sección longitudinal del asa suturada (needle-knife/asa de polipectomía), para dejar expuestos a la cavidad gástrica el orificio del asa aferente y eferente de la GEA creada. Los 2 primeros animales fueron sacrificados al finalizar el NOTES; los siguientes fueron sacrificados a los 7 días (se adelantaba la eutanasia si la situación clínica del animal lo aconsejaba). Se realizó seguimiento clínico y examen necrópsico (documentados en vídeo y fotografías) en todos los casos.

Resultados: Se presentan los resultados obtenidos en los primeros 6 animales del estudio. Punción/acceso transgástrico a cavidad peritoneal: 6/6 = 100%. Peritoneoscopia: 6/6 = 100%. Identificación e invaginación de asa yeyunal a estómago: 6/6 = 100%. Colocación exitosa de suturas: Prototipo A: 3/3 = 100%; Prototipo B: 2/3: 66,6% ($p > 0,05$). Complicaciones intraoperatorias: 0/6 = 0%. Complicaciones tardías (necropsia): Peritonitis (2/6 = 33%; Prototipo A vs B: 1/3 = 33% vs 1/3 = 33%; $p > 0,05$). Dehiscencia de sutura: Prototipo A: 0/0 = 0%; Prototipo B: 0/0 = 0% ($p > 0,05$).

Conclusiones: El NOTES nos permite acceder a la cavidad peritoneal, realizar peritoneoscopia y GEA de forma eficaz (técnicamente) con los dos prototipos de sutura NOTES evaluados. La tasa de dehiscencia de suturas parece ser reducida en ambos Prototipos. La elevada tasa de peritonitis registrada en ambas ramas de tratamiento sugiere que es necesario realizar mejoras en la

técnica (asepsia de los endoscopistas, limpieza de cavidad gástrica, reducción del tiempo de peritoneoscopia, ...).

doi: [10.1016/j.gastrohep.2009.01.043](https://doi.org/10.1016/j.gastrohep.2009.01.043)

CRITERIOS DE CALIDAD EN COLONOSCOPIA: ANÁLISIS DEL TIEMPO DE RETIRADA Y DETECCIÓN DE PÓLIPOS

J.M. Ángel Rey, C. Llamoza Torres, A.J. Hervás Molina, A. Naranjo Rodríguez, E. Iglesias Flores, J.F. De Dios Vega

Aparato Digestivo Hospital Universitario Reina Sofía

Introducción: La colonoscopia es un procedimiento explorador dependiente. Se han ideado diferentes criterios de calidad para disminuir su variabilidad, entre los que están la tasa de intubación cecal y de adenomas en mayores de 50 años. El tiempo de retirada es otro criterio que puede contribuir a una mayor detección de lesiones. Pero este puede estar incrementado por el tiempo invertido en la extirpación de lesiones.

Objetivos: Conocer la tasa de colonoscopias completas, pólipos extirpados con estudio histopatológico, detección de adenomas en mayores de 50 años y el tiempo de retirada en nuestra unidad. Determinar si existe relación entre el tiempo de retirada y el número de pólipos encontrados.

Pacientes y métodos: Todas las colonoscopias en régimen ambulatorio realizadas durante los meses de enero a mayo de 2008. Se registraron las siguientes variables: edad y sexo de los pacientes, indicación, tiempo de retirada, toma de biopsias, presencia de pólipos, su cantidad y las características histopatológicas.

Resultados: Se realizaron 1077 colonoscopias. El tiempo de retirada se registró en 369 procedimientos, siendo la media global de 3 minutos y 50 segundos. Sobre el total de colonoscopias el % de ciego fue de 81,5%. Se recuperaron el 77,6% de los pólipos extirpados. Se encontraron adenomas en el 26,8% de los hombres y el 16,2% de las mujeres mayores de 50 años. En el análisis univariante la media del tiempo de retirada fue mayor conforme aumentó el número de pólipos, con la toma de biopsia y con la existencia de pólipos ($p < 0,001$). En el análisis multivariante el número de pólipos encontrados y el hecho de tomar biopsias (incluidas polipectomías) resultaron ser variables independientes ($p < 0,005$ y $p = 0,001$ respectivamente).

Conclusiones: Los tiempos medios de retirada son inferiores a los recomendados en la literatura junto con la de pólipos extirpados y analizados. La tasa de ciego y adenomas en mayores de 50 años están en cifras recomendados. El número de pólipos encontrados se relaciona con un mayor tiempo de retirada, siendo independiente del hecho de su extirpación.

doi: [10.1016/j.gastrohep.2009.01.044](https://doi.org/10.1016/j.gastrohep.2009.01.044)

ECOENDOSCOPIA CON PUNCIÓN ASPIRATIVA CON AGUJA FINA (USE-PAAF) VS PUNCIÓN BIOPSIA CON TRUCUT GUIADA POR ECOENDOSCOPIA (USE-PBT) EN EL DIAGNÓSTICO DE TUMORES GÁSTRICOS SUBEPITELIALES. RESULTADOS DEFINITIVOS DE UN ESTUDIO PROSPECTIVO Y COMPARATIVO

G. Fernández-Esparrach^a, A. Ginès^a, O. Sendino^a, M. Solé^b, Ll. Colomo^b, L. Argüello^c, A.Z. Gimeno^a, M. Pellisé^a, A. Cárdenas^a, J.M. Bordas^a, J. Llach^a

^aUnidad de Endoscopia Digestiva. Servicio de Gastroenterología, ICMMD, CIBERehd, Hospital Clínico, Barcelona
^bServicio de Anatomía Patológica, Hospital Clínico, Barcelona
^cServicio de Gastroenterología, Hospital Universitario La Fe, Valencia

Introducción: A menudo no es posible realizar el diagnóstico de los tumores subepiteliales por USE-PAAF dado que las muestras citológicas son insuficientes. La inmunohistoquímica es crucial para el diagnóstico de estas lesiones pero es fundamental disponer de muestras adecuadas. La USE-PBT podría mejorar el rendimiento diagnóstico de la USE-PAAF en el diagnóstico de estas lesiones.

Objetivo: Comparar el rendimiento diagnóstico de USE-PAAF y USE-PBT en el diagnóstico de tumores gástricos subepiteliales.

Métodos: Se incluyeron lesiones gástricas >2 cm. Se realizó USE-PAAF (EchoTip EUSN-3 Cook) y USE-PBT (Quick-Core EUSN-19-QC Cook) en todos los tumores con una asignación de orden randomizada para evitar sesgos de elección. Las muestras fueron evaluadas por un citopatólogo *in situ* (máximo de 3 pasos por procedimiento). El diagnóstico final se realizó en base al resultado inmunohistoquímico y al estudio anatómico-patológico cuando se dispuso de pieza quirúrgica.

Resultados: Se incluyeron 40 pacientes de forma consecutiva (24 H/16 M) con una edad media 67 ± 13 años. Los diámetros mayor/ menor fueron de 43 ± 33 y 33 ± 18 mm respectivamente. El número de pasos $2,1 \pm 0,9$ y $1,9 \pm 0,8$ para PAAF y PBT respectivamente. El diagnóstico final fue posible en 31 pacientes y 27 de ellos fueron GIST. En 6 pacientes el trucut falló por motivos técnicos mientras que la PAAF fue posible en todos los casos. La evaluación morfológica se consiguió en 28/40 mediante USE-PAAF (70%) y en 24/34 mediante USE-PBT (70%) ($p = ns$). En los casos en los que se obtuvo una muestra adecuada, el diagnóstico final se llevó a cabo en 20/27 con USE-PAAF (77%) y en 21/23 de USE-TNB (91%) ($p = 0,025$).

Conclusiones: El rendimiento diagnóstico de la USE-PBT y USE-PAAF en términos de evaluación morfológica de la muestra es similar. Hay razones técnicas que limitan el papel de la USE-PBT para este efecto. Sin embargo, si las muestras son morfológicamente adecuadas, la USE-PBT es mejor para realizar el análisis inmunohistoquímico.

doi: [10.1016/j.gastrohep.2009.01.045](https://doi.org/10.1016/j.gastrohep.2009.01.045)

EFICACIA A LARGO PLAZO DE LAS PRÓTESIS METÁLICAS AUTOEXPANDIBLES EN PACIENTES CON CÁNCER COLORRECTAL OBSTRUCTIVO

G. Fernández-Esparrach^a, J.M. Bordas^a, M.D. Giraldez^b, M. Camacho^a, L. Zavala^a, A. Ginès^a, M. Pellisé^a, O. Sendino^a, A. Cárdenas^a, A. Castells^b, J. Llach^a

^aUnitat d'Endoscòpia

^bServei de Gastroenterologia, Hospital Clínic, Barcelona

Introducción: Las prótesis metálicas autoexpandibles son utilizadas cada vez con más frecuencia en la resolución de la obstrucción colorrectal maligna. Sin embargo, se han comunicado complicaciones hasta en el 50% de los pacientes.

Objetivos: Evaluar retrospectivamente el éxito clínico a largo plazo de las prótesis metálicas autoexpandibles en pacientes con obstrucción colorrectal maligna en un centro terciario e identificar posibles factores predictores de complicaciones.

Pacientes y métodos: Durante un periodo de 5 años se realizaron 47 intentos de colocación de prótesis en 47 pacientes. Las prótesis (de 9 cm de longitud y 22 o 25 mm de diámetro) se colocaron bajo control endoscópico y radiológico. El correcto

posicionamiento de las prótesis se comprobó a las 24 h mediante radiografía abdominal. Todos los pacientes fueron seguidos posteriormente de forma ambulatoria.

Resultados: La colocación de la prótesis se consiguió en 45 casos (96%) y la descompresión colónica inicial fue adecuada en 43 de 47 intentos (91%) y en 43 de los 45 (96%) en los que la prótesis se logró implantar con éxito. La localización de la estenosis fue en recto (7 casos; 15%), sigma (33 casos; 70%), colon izquierdo (4 casos; 9%) y recurrencia anastomótica (3 casos; 6%). La mayoría de los pacientes presentaban un cáncer colorrectal en estadio IV (40 casos; 85%). La prótesis sirvió como puente a la cirugía en 10 de 47 casos (21%) y como tratamiento paliativo definitivo en 33 de 47 (70%). La incidencia de fallo clínico a largo plazo fue del 47% (22 casos) y se debió a complicaciones: perforación (4; 8%), obstrucción (10; 21%) y tenesmo (1; 2%). La perforación ocurrió durante la inserción de la prótesis ($n = 1$) y a los 3, 4 y 34 días post-inserción y todos los casos fallecieron. La tasa de mortalidad acumulada fue del 25% (12 casos) con una mediana de seguimiento de 3 meses. En el grupo de puente a la cirugía, sólo se consiguió la realización de anastomosis primaria en 4/10 pacientes (27%). El fallo clínico a largo plazo no se asoció con ningún factor relacionado con el tumor.

Conclusiones: 1. La eficacia de las prótesis metálicas autoexpandibles se encuentra limitada por las complicaciones. 2. La ausencia de éxito clínico a largo plazo no se asocia con ningún factor relacionado con el tumor. 3. La elevada tasa de complicaciones sugiere que en estos pacientes deberían valorarse otros tratamientos.

doi: [10.1016/j.gastrohep.2009.01.046](https://doi.org/10.1016/j.gastrohep.2009.01.046)

ESTUDIO COMPARATIVO SOBRE SEGURIDAD Y EFICACIA DE LA SEDACIÓN CON PROPOFOL EN INFUSIÓN CONTINUA (PBI) VS MIDAZOLAM-PETIDINA (MP) EN PACIENTES SOMETIDOS A COLONOSCOPIA REALIZADA CON IDÉNTICO N° DE PERSONAL EN LA SALA (1 FACULTATIVO, 1ENF Y 1 AUX)

H. Nuñez, F. Igea, E. Saracibar, R.E. Madrigal, J. Barcenilla, A. Del Moral

Hospital Rio Carrion, Palencia

Introducción: La sedación con propofol no controlado por anestesista es la mejor opción coste-efectividad para la colonoscopia. Las recomendaciones de las guías sobre la necesidad de tener una persona específicamente dedicada a su administración dificultan su implantación en muchos centros. No existen estudios comparativos propofol vs midazolam petidina en idénticas condiciones de personal facultativo y de enfermería. La administración en bomba y la utilización de capnografía puede permitir disminuir las necesidades de personal en las exploraciones habituales.

Objetivo: Comparar la seguridad y eficiencia de 2 pautas de sedación (PBI vs MP) administradas por el mismo nº de personal de enfermería (1 enfermera y 1 auxiliar).

Pacientes y métodos: Se incluyeron de forma prospectiva 332 colonoscopias realizadas bajo sedación en nuestro centro (192 PBI/ 139 MP). Las colonoscopias fueron realizadas en todos los casos por 1 facultativo ayudado por 1 enfermera y 1 auxiliar. Los 2 médicos que realizaron las exploraciones son facultativos con sobrada experiencia. Se registró en una hoja de enfermería la sat O2, Frec Cardiaca, TA media, registrados de forma automática cada 3 minutos. Se anotaron también las dosis de medicación recibida. Todo ello fue introducido en una base de datos informatizada para su posterior análisis. Se analizó la tolerancia con una escala analógica